

RINUNCIA AGLI STUDI
e domanda di restituzione
del titolo di studi medi

Matr. n°

Al Rettore dell'Università degli Studi di Milano – Bicocca

Il/la sottoscritto/a

nato/a a il

dichiara

di rinunciare agli studi intrapresi nel corso di studi in

..... e di essere a conoscenza che tale rinuncia è **irrevocabile**.

I competenti organi accademici valuteranno eventuali richieste di riconoscimenti di crediti finalizzati all'iscrizione ai Corsi di Studio previsti dal D.M. 270/2004.

Dichiara inoltre di aver conseguito il diploma di maturità

presso l'istituto

e di avere / non avere pendenze con il Cidis e/o con le Biblioteche universitarie.

All'atto dell'immatricolazione ha depositato:

- DIPLOMA ORIGINALE (1)**
 CERTIFICATO SOSTITUTIVO (1)
 CERTIFICATO SEMPLICE
 AUTOCERTIFICAZIONE

(1) il diploma originale o il certificato sostitutivo saranno consegnati solo all'interessato, munito di idoneo documento di riconoscimento, o a persona munita di delega, entro 10 giorni dalla data della domanda di rinuncia.

Milano,

firma

RECAPITO:

Via Città

C.A.P. Tel. E-mail

I dati personali saranno trattati ai sensi del Decreto Legislativo n.196 del 2003 (Codice in materia di protezione dei dati personali) e sue successive modifiche e integrazioni, nonché del Regolamento UE 2016/679 (Regolamento Generale sulla Protezione dei dati). E' possibile prendere visione della informativa al seguente link <https://www.unimib.it/informativa-studenti>

RESTITUZIONE TITOLO DI STUDI MEDI per rinuncia agli studi

Il diploma originale o il certificato sostitutivo potranno essere ritirati dall'interessato munito di idoneo documento di riconoscimento, oppure da persona da lui autorizzata con delega.

Data Corso di Studi Matricola

COGNOME NOME